

## TEMA 70

**EVALUACIÓN DEL SUELO PÉLVICO ANTES Y DESPUÉS DEL PARTO. MASAJE PERINEAL Y EJERCICIOS DE KEGEL. MODIFICACIONES DEL MISMO TRAS EL PARTO. COMPLICACIONES. INCONTINENCIA URINARIA, FECAL Y DISPAIREUNIA. REHABILITACIÓN Y FORTALECIMIENTO**

Autora

María José Pacheco Adamuz

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada.

Tema elaborado nuevo, versión Enero 2025.

# Índice

## Tema 70

Evaluación del suelo pélvico antes y después del parto. Masaje perineal y ejercicios de Kegel. Modificaciones del mismo tras el parto. Complicaciones. Incontinencia Urinaria, fecal y dispareunia. Rehabilitación y fortalecimiento

1. Introducción.....	3
2. Anatomofisiología .....	3
2.1. Anatomía del suelo pélvico .....	3
2.1.1. Músculos .....	3
2.1.2. Ligamentos y fascias .....	4
2.2. Fisiología del suelo pélvico .....	5
3. Factores que afectan la funcionalidad del suelo pélvico.....	5
3.1. Cambios durante el embarazo.....	5
3.2. Cambios durante el parto.....	6
3.3. Consecuencias y recuperación .....	6
4. Ejercicios de Kegel y fisioterapia de suelo pélvico. Importancia de los Ejercicios de Kegel y Fisioterapia del Suelo Pélvico en Mujeres.....	7
4.1. Ejercicios de Kegel: Cómo realizarlos.....	7
4.2. Fisioterapia del Suelo Pélvico .....	7
5. Disfunciones de suelo pélvico.....	8
5.1. Incontinencia Urinaria .....	8
5.2. Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) .....	8
5.3. Incontinencia Fecal .....	9
5.4. Disfunción Sexual .....	9
5.5. Dolor Pélvico Crónico.....	10
6. Intervención de la Matrona sobre el suelo pélvico .....	10
6.1. Valoración Inicial y Educativa .....	10
6.2. Intervenciones Durante el Embarazo .....	10
6.3. Apoyo en el Parto.....	11
6.4. Seguimiento y Rehabilitación Postparto.....	11
6.5. Apoyo Psicológico y Social.....	11
7. Bibliografía.....	12

# 1. Introducción

En condiciones normales la presión intraabdominal es cero (la misma que la atmosférica), pero aumenta con la mayoría de las actividades de la vida diaria como la tos, los estornudos o el estreñimiento. Igualmente, los embarazos, los partos y los deportes de impacto, así como el envejecimiento de las estructuras, pueden favorecer alteraciones y daños en el mismo y facilitar por ejemplo la aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Se trata de un importante problema que afecta a un porcentaje importante de mujeres. Algunos autores consideran disfunciones la incontinencia urinaria de esfuerzo, la incontinencia fecal y los prolapsos pélvicos. Sin embargo, hay quien considera éstas sólo algunas de ellas. Según Lavy et al.<sup>2</sup> en los próximos

años, el 10% de las mujeres serán sometidas a intervenciones del suelo pélvico y, con las técnicas tradicionales, entre el 30 y el 50% de estas pacientes tendrán reintervenciones por recidivas<sup>(1)</sup>. Hay que tener en cuenta que estos porcentajes irán en aumento debido a la mayor expectativa de vida de la población.

Durante el embarazo y el parto, el suelo pélvico experimenta varios cambios y desafíos debido a las adaptaciones fisiológicas y mecánicas del cuerpo. El suelo pélvico, compuesto por músculos, ligamentos y tejido conectivo, sostiene los órganos pélvicos (útero, vejiga y recto) y desempeña un papel fundamental en el control urinario, la estabilidad pélvica y la función sexual <sup>(2)</sup>.

## 2. Anatomofisiología

El suelo pélvico femenino es una estructura anatómica y funcionalmente compleja que cumple con varias funciones esenciales para el soporte de los órganos pélvicos, la continencia urinaria y fecal, y la estabilidad del tronco <sup>(3)</sup>.

### 2.1. Anatomía del suelo pélvico

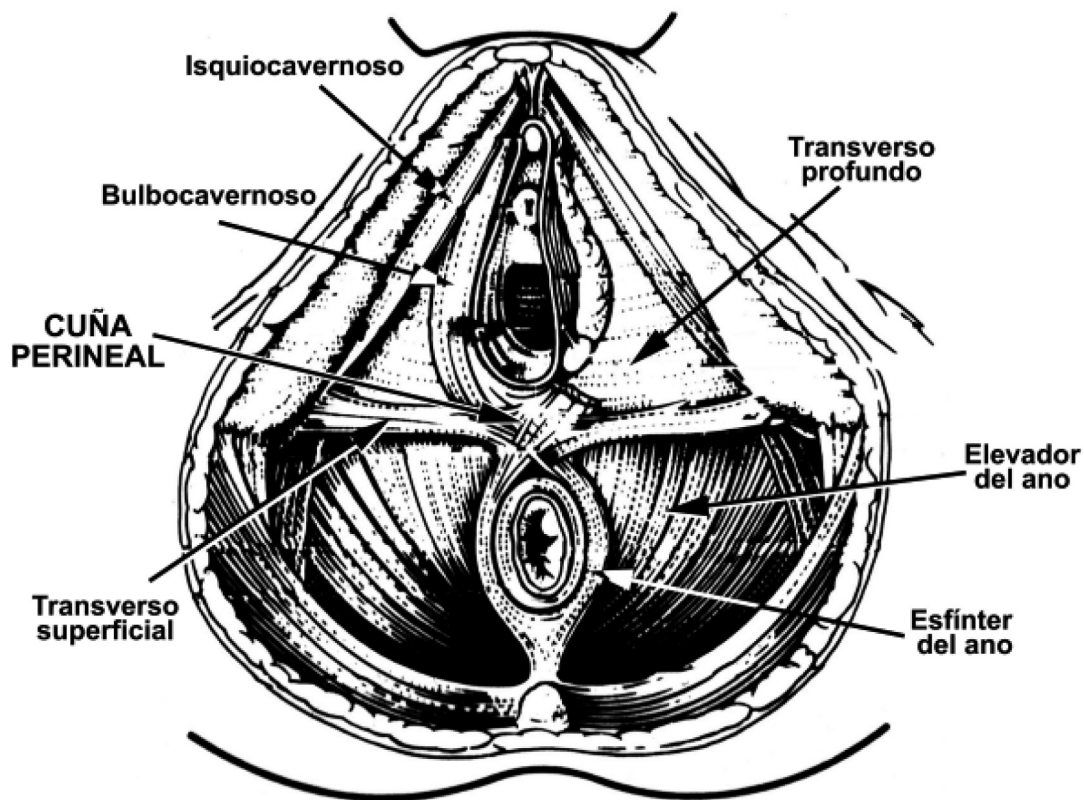
El suelo pélvico está compuesto por un grupo de músculos y tejidos conectivos situados en la base de la pelvis, organizados en tres capas <sup>(2)</sup>.

#### 2.1.1. Músculos

- **Capa superficial**
  - **Músculo bulboesponjoso:** Rodea la abertura vaginal y participa en la función sexual y el cierre del orificio vaginal. Este músculo también colabora en la estabilización del suelo pélvico y en la compresión de las glándulas de Bartolino.
  - **Músculo isquiocavernoso:** Se extiende desde el isquion (parte del hueso de la cadera) hacia el clítoris y ayuda a mantener la erección del clítoris durante la excitación sexual.
  - **Esfínter anal externo:** Permite el control voluntario de la defecación.

FIGURA 1

Diafragma pelviano accesorio y cuña perineal



Rosato O, Panzeri C, Mariconde JA, King R, King A. Unidad 11 - Alteraciones de la estática pelviana. Uroginecología.

#### • Capa media

- **Músculo transverso profundo del periné:** Su función principal es estabilizar el periné y ayudar al esfínter uretral en el control de la micción. Forma el llamado "diafragma urogenital".

#### • Capa profunda (diafragma pélvico):

- **Elevador del ano:** Compuesto por tres músculos (pubococcígeo, puborrectal e iliococcígeo) que brindan el soporte principal de los órganos pélvicos.
- **Músculo coccígeo:** Este músculo va desde el sacro hasta el cóccix y proporciona estabilidad a la pelvis, colaborando en la continencia y en el soporte pélvico general.

#### 2.1.2. Ligamentos y fascias

El suelo pélvico también cuenta con estructuras fasciales y ligamentarias que sostienen los órganos pélvicos.

- **Fascia endopélvica:** Conectada a los músculos pélvicos y paredes laterales de la pelvis, sostiene los órganos y contribuye a su posicionamiento.
- **Ligamento cardinal y uterosacro:** Estos ligamentos son esenciales para el soporte del útero y también contribuyen a la estabilidad de la vejiga y el recto.

## 2.2. Fisiología del suelo pélvico

El suelo pélvico tiene varias funciones fisiológicas que requieren de un correcto funcionamiento del mismo(4)

1. **Soporte de órganos:** Actúa como una “hamaca” que sostiene los órganos pélvicos, es decir, el útero, la vejiga y el recto, evitando que desciendan o prolapsen.
2. **Continencia urinaria y fecal:** Controla la apertura y cierre de los esfínteres urinario y anal. Los músculos del suelo pélvico se

contraen para mantener la continencia y se relajan durante la micción y la defecación.

3. **Función sexual:** Estos músculos participan en la función sexual femenina, especialmente en el orgasmo, contribuyendo a la sensibilidad y el placer.
4. **Estabilidad y postura:** Interviene en la estabilidad de la columna vertebral y la pelvis, trabajando en conjunto con los músculos abdominales y lumbares para mantener una postura adecuada.
5. **Función respiratoria.**

## 3. Factores que afectan la funcionalidad del suelo pélvico

El suelo pélvico puede verse afectado por diversos factores, incluyendo el embarazo, el parto vaginal, los cambios hormonales de la menopausia, y factores como el peso corporal, el ejercicio físico intenso o el levantamiento de peso, que pueden debilitar estos músculos y llevar a disfunciones como la incontinencia o el prolapso de órganos pélvicos

Estos aspectos son esenciales para entender la importancia de un suelo pélvico saludable y los efectos que puede tener un suelo pélvico debilitado en la calidad de vida (4).

### 3.1. Cambios durante el embarazo

Durante el embarazo, el suelo pélvico debe adaptarse al aumento de peso y a los cambios hormonales que afectan su estructura y función:

- **Aumento de presión:** A medida que el útero crece y el peso del bebé aumenta, el suelo pélvico soporta una presión cada vez mayor. Esto puede debilitar los músculos y producir una elongación disfuncional.

- **Efecto de las hormonas:** Las hormonas como la relaxina y la progesterona relajan los tejidos del suelo pélvico, los ligamentos y las articulaciones pélvicas, haciéndolos más elásticos. Aunque esto es necesario para permitir el paso del bebé durante el parto, también hace que el suelo pélvico sea más vulnerable al daño y la debilidad.
- **Desarrollo de diástasis abdominal:** La expansión del abdomen puede llevar a una separación de los músculos abdominales (diástasis de rectos), lo cual aumenta la presión sobre el suelo pélvico y reduce la estabilidad del tronco.
- **Aumento del flujo sanguíneo:** El embarazo aumenta el flujo sanguíneo en la región pélvica, lo que puede causar hinchazón y hacer que los tejidos sean más susceptibles a daños.

### 3.2. Cambios durante el parto

El parto, especialmente si es vaginal, implica un esfuerzo intenso para el suelo pélvico.

- **Estiramiento extremo:** Durante el parto vaginal, el suelo pélvico se estira considerablemente para permitir que el bebé pase por el canal de parto. Los músculos pueden llegar a estirarse hasta 2.5 veces su longitud normal, lo que puede causar desgarros o debilitamiento.
- **Riesgo de desgarros:** El esfuerzo del parto, especialmente si se usa instrumental como fórceps o ventosa, puede aumentar el riesgo de desgarros en los músculos del suelo pélvico. Los desgarros de tercer y cuarto grado son los más profundos y pueden afectar el esfínter anal, lo que conlleva un riesgo mayor de disfunciones posteriores, como incontinencia anal.
- **Lesión de los nervios:** La presión prolongada durante el trabajo de parto puede dañar los nervios del suelo pélvico, especialmente el nervio pudendo, que es crucial para la función de estos músculos. Esto puede provocar problemas de sensibilidad o control muscular.

### 3.3. Consecuencias y recuperación

Después del parto, es común que las mujeres experimenten problemas de suelo pélvico como:

- **Incontinencia urinaria y fecal:** Debido al estiramiento y posible daño de los músculos del suelo pélvico, puede haber pérdida de control sobre la vejiga y el intestino.
- **Prolapso de órganos pélvicos:** Los órganos pélvicos pueden descender o protruir debido al debilitamiento del suelo pélvico, lo que puede causar molestias y afectar la calidad de vida.
- **Dolor pélvico:** Algunas mujeres experimentan dolor en la región pélvica o perineal después del parto, especialmente si hubo desgarros o episiotomía (corte quirúrgico).

La recuperación y fortalecimiento del suelo pélvico después del parto es clave para reducir el riesgo de estas complicaciones. Ejercicios específicos como los ejercicios de Kegel y la fisioterapia del suelo pélvico pueden ser muy beneficiosos en la recuperación y fortalecimiento muscular (1).



## 4. Ejercicios de Kegel y fisioterapia de suelo pélvico. Importancia de los Ejercicios de Kegel y Fisioterapia del Suelo Pélvico en Mujeres

Los ejercicios de Kegel y la fisioterapia del suelo pélvico son fundamentales en la prevención y tratamiento de disfunciones del suelo pélvico, como la incontinencia urinaria, el prolapso y la disfunción sexual. Estos ejercicios fortalecen los músculos perineales, mejoran el control y soporte de los órganos pélvicos y previenen la progresión de las disfunciones (5-9).

### 4.1. Ejercicios de Kegel: Cómo realizarlos

#### 1. Realización del Ejercicio:

- a. Contracción: Contrae el músculo pélvico por 5 segundos.
- b. Relajación: Relaja completamente por 5 segundos.
- c. Frecuencia: Repite hasta 10 veces, tres veces al día.

**2. Variación y Progresión:** Alterna contracciones rápidas y lentas; aumenta la duración y la frecuencia gradualmente para mejorar el tono muscular.

**3. Tipos:** Los ejercicios de Kegel fortalecen los músculos del suelo pélvico y existen varios tipos, cada uno enfocado en distintos aspectos de la fuerza y resistencia muscular. Cada tipo de ejercicio permite trabajar diferentes habilidades del suelo pélvico, como fuerza, control y resistencia, siendo útiles para prevenir incontinencia, mejorar el tono muscular, y beneficiar la salud pélvica en general (7,10–12).

- **Kegel Básico:** Contracción de los músculos del suelo pélvico durante 5-10 segundos, seguido de una relajación. Es ideal para principiantes.

- **Kegel de Resistencia:** Se mantiene la contracción durante un periodo más largo (10-15 segundos), desarrollando resistencia muscular.
- **Contracciones Rápidas:** Contracciones y relajaciones rápidas, fortaleciendo la respuesta del suelo pélvico.
- **Elevador o “Kegel en escalera”:** Contracción progresiva en tres niveles de intensidad, relajando en la misma secuencia.
- **Kegel con Pesas o Bolas Chinas:** Ayudan a intensificar el ejercicio al introducir peso, utilizado especialmente para aumentar la fuerza muscular una vez que se tiene control básico.

### 4.2. Fisioterapia del Suelo Pélvico

La fisioterapia pélvica es una intervención clave realizada por especialistas que incluye ejercicios, biofeedback, y otras técnicas para mejorar la función del suelo pélvico. Además de Kegels, incluye:

- **Electroestimulación:** Estimula contracciones en músculos debilitados, especialmente útil en casos severos.
- **Reeducación de la postura:** Mejora la alineación corporal para reducir la presión en el suelo pélvico.
- **Educación sobre técnicas respiratorias y abdominales:** Evita el aumento de presión sobre el suelo pélvico, mejorando la efectividad del tratamiento.

Estas intervenciones son esenciales en la rehabilitación y en el mantenimiento de la salud pélvica, ayudando a las mujeres a controlar

mejor su musculatura y prevenir o aliviar disfunciones.

## 5. Disfunciones de suelo pélvico

Las disfunciones del suelo pélvico en mujeres afectan el soporte y función de órganos como la vejiga, útero y recto, y suelen tener causas multifactoriales como el embarazo, parto, envejecimiento, y factores hereditarios (6,13-16). Las principales disfunciones incluyen:

### 5.1. Incontinencia Urinaria

La incontinencia produce un fuerte impacto negativo en la vida de las personas que la padecen, no únicamente físico, sino además a nivel psicológico y social. Puede afectar la autoestima y limitar la vida social, lo que puede desencadenar ansiedad y depresión.

- **Incontinencia de esfuerzo:** Pérdida de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal, como toser, reír, levantar objetos, o hacer ejercicio. Esta suele deberse a un debilitamiento de los músculos del suelo pélvico y del esfínter uretral.
- **Incontinencia de urgencia:** Se manifiesta como una necesidad súbita e intensa de orinar, con dificultad para contenerse hasta llegar al baño. Esta disfunción puede ser causada por una hiperactividad del músculo detrusor de la vejiga.
- Existen tres grados: **leve u ocasional**, **moderada** con grandes esfuerzos y por último **grave**, la cual se produce incluso con leves esfuerzos como por ejemplo estornudar o toser.
- **Incontinencia mixta:** Combinación de incontinencia de esfuerzo y de urgencia, con síntomas de ambos tipos.

- **Incontinencia continuada.** Como su nombre indica es continua.
- **Vejiga hiperactiva o inestable:** La vejiga hiperactiva, también llamada vejiga inestable, es un trastorno caracterizado por una necesidad urgente y frecuente de orinar, que puede estar acompañada de incontinencia urinaria de urgencia. Esta condición se produce cuando el músculo detrusor de la vejiga se contrae de manera involuntaria, incluso cuando la vejiga no está llena. Los síntomas principales incluyen urgencia miccional, frecuencia aumentada (más de 8 veces al día) y nocturia (despertarse varias veces para orinar).

Es común en personas de edad avanzada y puede tener causas diversas, como infecciones urinarias, factores neurológicos o daño en los nervios que controlan la vejiga (17).

### 5.2. Prolapso de Órganos Pélvicos (POP)

- **Cistocele** (prolapso de vejiga): La vejiga desciende hacia la pared vaginal anterior, causando presión, molestias y a menudo incontinencia urinaria.
- **Rectocele** (prolapso rectal): Protrusión del recto hacia la pared vaginal posterior. Puede causar dificultad para evacuar y sensación de vaciado incompleto.
- **Prolapso uterino:** Descenso del útero hacia la vagina, que puede provocar dolor pélvico, incomodidad durante las relaciones sexuales y problemas urinarios.



- **Prolapso de la cúpula vaginal:** Ocurre en mujeres a las que se les ha extirpado el útero (histerectomía). La cúpula vaginal desciende hacia la vagina.
- **Síntomas y afectación:** Los síntomas incluyen presión o pesadez en la pelvis, dolor en la zona lumbar y dificultad para caminar o realizar actividades diarias.

Para establecer la gradación de los prolapsos se realizará en función de su localización en reposo y tras maniobra de Valsalva (18):

- **Grado I:** Descenso leve, sin que el órgano asome por el introito.
- **Grado II:** El órgano desciende hasta el nivel del introito.
- **Grado III:** El órgano sobresale fuera del introito.
- **Grado IV:** Prolapso completo, con el órgano externo al introito (procidencia).

En la valoración de los prolapsos se usa también el sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) que es una herramienta estandarizada para evaluar y clasificar el grado de prolapso de órganos pélvicos. Fue desarrollado por la Sociedad Internacional de Continencia y la Asociación Internacional de Uroginecología y cuantifica el descenso de los órganos en la vagina mediante puntos de referencia anatómicos medidos en centímetros. Se trata de un sistema preciso y objetivo que facilita la evaluación inicial y la evolución en tratamientos conservadores o quirúrgicos (7,19,20).

Componentes Clave del POP-Q:

- **Puntos de referencia anatómicos:** Se identifican nueve puntos (como Aa, Ba, Ap, Bp, C, D) para determinar la posición exacta de órganos como vejiga, útero y recto.
- **Etapas de prolapso:** Clasifica el prolapso en cuatro grados (0-4) según el descenso respecto al himen, desde ausencia de prolapso hasta el descenso máximo fuera del introito.

## 5.3. Incontinencia Fecal

Al igual que la incontinencia urinaria, la fecal, produce un impacto negativo profundo en la vida de las mujeres que la padecen puesto que limita significativamente la actividad social y laboral, y afecta la autoestima y el bienestar psicológico de las mujeres.

- **Causas:** Generalmente se relaciona con el daño al esfínter anal o al suelo pélvico, especialmente por partos vaginales complicados o desgarros perineales graves.
- **Tipos de incontinencia fecal:**
  - **Incontinencia pasiva:** Pérdida de materia fecal sin una señal de necesidad.
  - **Urgencia fecal:** Dificultad para retener la evacuación intestinal una vez que se siente la urgencia.

## 5.4. Disfunción Sexual

- **Dispareunia** (dolor durante las relaciones sexuales): Puede ocurrir por debilitamiento o rigidez de los músculos del suelo pélvico, prolapsos, cicatrices postparto o sequedad vaginal.
- **Anorgasmia y disminución de la sensibilidad:** La alteración del tono muscular del suelo pélvico puede reducir la sensibilidad vaginal y dificultar el orgasmo.
- **Vaginismo:** Contracción involuntaria de los músculos del suelo pélvico que impide o dificulta la penetración vaginal. Puede tener una base física o psicológica.
- **Impacto en la vida de pareja:** Las disfunciones sexuales pueden afectar la relación de pareja, causando ansiedad, frustración y disminución de la autoestima en la mujer.

## 5.5. Dolor Pélvico Crónico

- **Causas musculares:** Tensión o espasmos en los músculos del suelo pélvico. Esta tensión puede deberse a factores como el estrés, el parto o traumatismos en el suelo pélvico.
- **Trastornos de los nervios:** Atrapamiento o irritación de nervios como el nervio pudendo, que pueden causar dolor referido en el suelo pélvico y genitales.
- **Impacto en la movilidad:** El dolor crónico afecta la movilidad y puede provocar dificultades para estar de pie, caminar o sentarse durante largos períodos.
- **Consecuencias psicológicas:** Las mujeres que experimentan dolor pélvico crónico a menudo enfrentan ansiedad, depresión y aislamiento social debido a la limitación de actividades y al dolor persistente.

## 6. Intervención de la Matrona sobre el suelo pélvico

Las intervenciones a realizar serán en un principio educativas de prevención y, si necesario, se individualizará el tratamiento siempre como parte del equipo multidisciplinar.

### 6.1. Valoración Inicial y Educativa

La matrona realiza una valoración del suelo pélvico durante el embarazo y postparto, identificando factores de riesgo como antecedentes de incontinencia o prolapso. Es fundamental educar a las pacientes sobre la importancia del suelo pélvico, abordando temas como la prevención de esfuerzos excesivos, técnicas de respiración y la postura.

### 6.2. Intervenciones Durante el Embarazo

Durante el embarazo, la matrona enseña ejercicios de fortalecimiento (Kegel, hipopresivos) para mejorar el tono muscular y la circulación, previniendo así el debilitamiento del suelo pélvico. También puede recomendar fisioterapia preventiva para mejorar la preparación

física al parto y reducir el riesgo de desgarros.

El **masaje perineal** durante el embarazo es una técnica recomendada para preparar el periné para el parto. Se realiza a partir de la semana 34, y tiene como objetivo aumentar la elasticidad y reducir el riesgo de desgarros o la necesidad de episiotomía durante el parto. Este masaje ayuda a la mujer a familiarizarse con la sensación de presión y estiramiento, promoviendo la relajación y el control de la zona perineal.

- **¿Cómo se realiza?**
  1. **Preparación:** La mujer debe estar en una posición cómoda, idealmente sentada o reclinada, y usar aceite vegetal para lubricar el área.
  2. **Técnica:** Se introducen los pulgares en la vagina y se aplica una ligera presión hacia abajo y los laterales, manteniéndola unos segundos y luego realizando movimientos en U. Este proceso dura unos 5-10 minutos. Se usará un aceite de base vegetal.
- **Beneficios:**
  - **Prevención de desgarros:** Aumenta

- la elasticidad del periné y disminuye la probabilidad de lesiones.
- **Mejora de la percepción corporal:** Facilita que la mujer reconozca sus músculos perineales y los relaje durante el parto.
- **Reducción del dolor postparto:** Puede reducir el dolor en el área perineal y la necesidad de intervenciones.
- **P (Power):** Fuerza muscular en una escala de 0 a 5.
- **E (Endurance):** Duración de la contracción sostenida en segundos.
- **R (Repetitions):** Número de repeticiones de contracciones mantenidas.
- **F (Fast contractions):** Contracciones rápidas (resistencia a la fatiga).
- **ECT (Every Contraction Timed):** Tiempo entre cada contracción, evaluando control y fatiga.

Es importante que se realice de manera cuidadosa para evitar irritaciones o molestias. No se recomienda en casos de infecciones vaginales, y debe ser supervisado o recomendado por un profesional, especialmente si hay alguna complicación o duda durante el embarazo.

Este masaje puede combinarse con otras prácticas de cuidado perineal, como ejercicios de Kegel y técnicas de respiración, para un enfoque integral en la preparación para el parto.

Esta prueba permite un diagnóstico preciso y orienta en el diseño de programas de rehabilitación del suelo pélvico, especialmente en incontinencia o prolapsos (16,17,21).

### 6.3. Apoyo en el Parto

En el trabajo de parto, la matrona puede ayudar a la mujer a adoptar posiciones adecuadas que reduzcan la presión sobre el suelo pélvico, como posiciones verticales o de lado. También orienta sobre técnicas de respiración y pujo controlado, evitando el empuje prolongado y excesivo, que pueden dañar el suelo pélvico.

### 6.5. Apoyo Psicológico y Social

La matrona también cumple un rol importante en el apoyo emocional, ya que las disfunciones del suelo pélvico afectan tanto el bienestar físico como psicológico de la mujer. Facilita información sobre recursos y ayuda profesional para una recuperación integral.

Esta actuación multidimensional es clave para prevenir problemas a largo plazo y fomentar una recuperación integral en las mujeres.

### 6.4. Seguimiento y Rehabilitación Postparto

Tras el parto, la matrona evalúa el estado del suelo pélvico y asesora en ejercicios progresivos de recuperación muscular. En casos de daño severo o incontinencia, puede recomendar fisioterapia pélvica o derivar a un especialista.

El test PERFECT es una herramienta para evaluar la función del suelo pélvico, utilizada especialmente en fisioterapia pélvica y por matronas. El acrónimo “PERFECT” representa los parámetros evaluados:

## 7. Bibliografía

1. Lavy Y, Sand PK, Kaniel CI, Hochner-Celnikier D. Can pelvic floor injury secondary to delivery be prevented? Vol. 23, International Urogynecology Journal. 2012.
2. Mørkved S, Bø K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: A systematic review. Vol. 48, British Journal of Sports Medicine. 2014.
3. Abrams, Paul Cardozo, Linda Wagg, Adrian Wein A. Incontinence 6th edition. ICUD ICS 2016. 2016.
4. Dietz HP. Pelvic floor trauma in childbirth. Vol. 53, Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2013.
5. Dumoulin C, Hay-Smith EJC, MacHabée-Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Vol. 2014, Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014.
6. Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M. Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor: Bridging Science and Clinical Practice: Second Edition. Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor: Bridging Science and Clinical Practice: Second Edition. 2014.
7. Dumoulin C. Efficacite des traitements physiotherapiques pour l'incontinence urinaire d'effort chez la femme en periode postnatale (French text). Efficacite Des Traitements Physiotherapiques Pour L'incontinence Urinaire D'effort Chez La Femme en Periode Postnatale (French Text). 2004.
8. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Vol. 2018, Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018.
9. Rosato GO, Lumi CM. Neurophysiology in pelvic floor disorders. In: Complex Anorectal Disorders: Investigation and Management. 2005.
10. Miller JM, Ashton-Miller JA, Perruchini D, DeLancey JOL. Test-retest reliability of an instrumented speculum for measuring vaginal closure force. Neurourol Urodyn. 2007;26(6).
11. Bø K, Anglès-Acedo S, Batra A, Brækken IH, Chan YL, Jorge CH, et al. Are hypopressive and other exercise programs effective for the treatment of pelvic organ prolapse? Vol. 34, International Urogynecology Journal. 2023.
12. Schell L, Budgett D, Smalldridge J, Hayward L, Dumoulin C NP, & Kruger J. Transforming women's pelvic floor health. Australian + New Zealand Continence Journal. 2017;
13. Smith MD, Russell A, Hodges PW. Disorders of breathing and continence have a stronger association with back pain than obesity and physical activity. Australian Journal of Physiotherapy. 2006;52(1).
14. Gauthaman N, Doumouchtsis SK. Mode of delivery and perineal trauma. In: Childbirth Trauma. 2016.
15. Bharucha AE, Fletcher JG, Melton LJ, Zinsmeister AR. Obstetric trauma, pelvic floor injury and fecal incontinence: A population-based case-control study. American Journal of Gastroenterology. 2012;107(6).
16. Bø K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. Vol. 85, Physical Therapy. 2005.
17. Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An international urogynecological association

- (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Vol. 29, Neurology and Urodynamics. 2010.
18. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JOL, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol. 1996;175(1).
  19. Manonai J, Wattanayingcharoenchai R. Relationship between pelvic floor symptoms and POP-Q measurements. Neurourol Urodyn. 2016;35(6).
  20. He RJ, Wang XX, Nian SW, Wang XQ, Zhang L, Lu Y. The effect of pelvic floor muscle training and perineal massage in late pregnancy on postpartum pelvic floor function in nulliparas: A randomised controlled clinical trial. Complement Ther Med. 2023;77.
  21. Laycock J, Jerwood D. Pelvic floor muscle assessment: The PERFECT scheme. Physiotherapy. 2001;87(12).

Descarga autorizada a 44597401 Maria Aurora Gallego Gallero, agallegogallero@gmail.com, IP: 79.117.225.106

La distribución de este material es gratuita entre los afiliados del Sindicato SATSE y se ajusta a la legislación vigente.